DES

GRENOUILLETTES OU KYSTES MUQUEUX

DU VESTIBULE DE LA BOUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 juillet 1887

PAR

LOUIS AUTHENAC

[redacted]

Ancien interne de l'Hôpital de Cette

TOULOUSE
TYPOGRAPHIE DE DURAND, FILLOUS ET LAGARDE
44, RUE SAINT-ROME, 44

1887

47

DES

GRENOUILLETTES OU KYSTES MUQUEUX

DU VESTIBULE DE LA BOUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 juillet 1887

PAR

LOUIS AUTHENAC

Docteur en médecine

Ancien interne de l'Hôpital de Cette

TOULOUSE

TYPOGRAPHIE DE DURAND, FILLOUS ET LAGARDE

44, RUE SAINT-ROME, 44

—

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . Doyen
GRASSET. . . . . Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBREUIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale , ...	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✲ ✲).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et matière médicale, (Chargé du Cours).	MOSSÉ (✲).

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✲ ✲).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C ✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲).
Clinique ophthalmologique	TRUC.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU.	MM. BLAISE.	MM. TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	FORGUE.	

MM. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Pourrai-je jamais reconnaître tout ce que vous avez fait pour moi ?

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

Témoignage de fraternelle amitié.

A MON COUSIN FERDINAND DE BARRY, PHARMACIEN.

Agréez ce gage de mon affection.

A TOUS MES PARENTS

L. AUTHENAC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALOT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BIMAR

L. AUTHENAC.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE CETTE.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

« Je n'oublierai jamais, cher Maître,
que vous m'avez sauvé la vie ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUMAS

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE CETTE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. JEANNEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

à l'Ecole de Médecine de Toulouse.

L. AUTHENAC.

A MON EXCELLENT AMI ET COLLÈGUE D'INTERNAT LE DOCTEUR VIGUIER

A MES AMIS, LES DOCTEURS LABORDERIE. MAILLIER, SIRE, SOLLIER

A MON VIEIL AMI ET CAMARADE, ÉTIENNE COYNE

A TOUS MES AMIS

L. Authenac

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Kystes géniens.

Fine. — Annales de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1804. IV, 251-256.

Bérard. — Archives générales de médecine. Paris, 1837, 3e Série, I, 401-404.

Gogué. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1846, p. 236-239.

Velpeau. — Moniteur des hôpitaux de Paris, 1853, I, 878.

Coyne. — Art. Face du Dictionnaire de Dechambre.

Villemin. — Art. Salivaire du Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

Guterbock. — Archives de Langenbeck, XV, 484.

Ranke. — Archives de Langenbeck, XXII, 707.

Bulletin de la Société de chirurgie, 28 Novembre 1883.

Consulter l'Index Catalogue. (Cancer et tumeurs de la face).

Kystes Labiaux.

Boyer. — Traité pratiques des maladies chirurgicales.

Bouisson. — Art. Lèvres du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.

Paul Dhoste. — Thèse de Paris, 1879.

British Médical Journal, 29 mai 1880.

Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier, 17 avril 1880. et 18 juin 1881.

Kystes salivaires en général.

Traités d'histologie de Kölliker, Pouchet et Tourneux.

Traité d'anatomie pathologique de Cornil et Ranvier.

New-York, médical journal. Décembre 1882.

Heurteaux. — Article Kyste du Nouveau Dict. de Médec. et chir. pratiques.

Bazy. — Bulletin de la Société anatomique 1883. Consulter la Revue de Hayem

Von Becklinghaussen. — Arch. de Virchow, 1881.

INTRODUCTION

Une savante leçon clinique de M. le professeur Dubrueil, sur un cas de Grenouillette Génienne qui s'était présenté dans son service, nous suggéra l'idée de faire de ce cas le sujet de notre thèse inaugurale.

Nos recherches nous ont montré que nous avions choisi un sujet aussi rare qu'intéressant. En effet, on parle bien souvent des grenouillettes sublinguale, sus et même sous-hyoïdienne ; mais tous les auteurs s'accordent à rester muets sur les kystes des glandes molaires.

Nous avons pensé que nous ne devions pas enfermer notre sujet dans les étroites limites de notre observation, et que l'analogie qui existe, tant au point de vue histologique qu'au point de vue pathologique, entre les glandules géniennes et les glandules labiales nous autorisait à faire l'étude de tous les kystes muqueux du Vestibule de la bouche.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur Dubrueil qui a bien voulu nous autoriser à faire cette étude ; ainsi que MM. les professeurs Chalot et Tédenat et M. le professeur-agrégé Bimar qui,

par les renseignements qu'ils ont bien voulu nous fournir et la permission qu'il nous ont donnée de nous servir de leurs observations personnelles, nous ont si largement facilité la tâche que nous nous étions imposée.

Que M. le professeur Grasset nous permette aussi de lui exprimer notre plus profonde gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant tout le cours de nos études.

GRENOUILLETTES DU VESTIBULE DE LA BOUCHE

Définition. — Plan du travail.

Le titre de cette dissertation pourrait surprendre si nous ne nous expliquions pas, tout d'abord, sur la valeur que nous attachons au mot Grenouillette.

L'origine du mot n'est pas connue, et la sagacité des chercheurs, plus que l'observation des cliniciens, l'a trouvée dans des points bien différents :

Avicenne compare la tumeur à une petite grenouille ;

Actuarius trouve que le cou d'un malade atteint de Grenouillette représente assez bien celui d'un batracien ;

Ambroise Paré, de son côté, « pour ce que les patients difficilement peuvent articuler et interpréter leur langage, sinon en grenouillant, » s'explique très bien que les Grecs aient appelé cette maladie « Batrachium » et les latins « Ranula. »

Nous pouvons conclure de cette diversité d'opinions que le mot Grenouillette n'est justifié par aucun phénomène clinique bien net : cette remarque nous servira tout à l'heure.

Les auteurs ne montrent pas plus d'accord sur la nature de la maladie qui nous occupe : Dans une première période, on comprend sous le nom de Ranule toutes les tumeurs du plancher de la bouche ;

Dans une seconde période, on restreint la maladie à une dilatation des conduits qui aboutissent au canal de Wharton ;

Enfin, dans la troisième période, la période actuelle, on appelle Grenouillette toute tumeur liquide enkystée du plancher buccal : qu'on ait affaire à un kyste salivaire des glandes sublinguale ou sous-maxillaire, à un kyste séreux de la bourse de Fleischmann ou, au contraire, à un kyste hydatique ou dermoïde, c'est toujours la Grenouillette.

On est étonné de voir les partisans de cette dernière opinion s'appuyer sur l'argument suivant :

« Le mot Grenouillette a l'avantage, par sa signification indécise, de ne pas éveiller d'idée préconçue ; un mot plus précis embrasserait difficilement toutes les variétés de kystes sublinguaux! »

Evidemment, ceux qui donnent cet argument n'ont pas songé que le rôle du mot en médecine (comme partout, d'ailleurs), est justement d'éveiller une idée ; chaque mot doit correspondre à chaque chose, et l'idéal du langage scientifique serait que chaque mot fut une définition.

« Un autre mot ne saurait embrasser toutes les variétés de kystes sublinguaux ! »

Mais quelle utilité y a-t-il à confondre, sous une même dénomination, des tumeurs dont les phénomènes cliniques sont différents, dont le traitement n'est pas le même? Quand un chirurgien hésite entre une fracture de la tête de l'humérus et une luxation de l'épaule, dit-il qu'il a affaire à une « Lésion de l'épaule? » Il peut le dire, assurément, mais nous ne croyons pas qu'il lui soit permis de se faire illusion sur la valeur d'un pareil diagnostic : Pour nous, le diagnostic Grenouillette n'est pas plus précis que le diagnostic Lésion de l'épaule.

Il est malheureusement aussi difficile, en médecine, de supprimer un mot consacré par l'usage qu'il est aisé d'en introduire un nouveau. S'il en était autrement, le plus simple serait de supprimer le mot Grenouillette ; mais, puisque nous sommes forcé de le garder, pourquoi ne pas lui donner une signification précise ?

Laissant aux kystes séreux, hydatiques, etc., leur nom de kystes séreux, hydatiques ..., nous proposons d'appeler Grenouillettes toutes les tumeurs enkystées liquides qui se forment dans les diverses glandes

ou glandules salivaires. Nous réunissons ainsi, dans une même classe, des tumeurs dont le siège peut varier il est vrai, mais dont l'anatomie pathologique nous montre l'étroite parenté ; dont le traitement, enfin, reste le même.

Si nous avions voulu faire l'étude de toutes les grenouillettes, nour aurions dû parler des kystes salivaires de la langue et, en particulier, des kystes de la glande de Nühn ; nous aurions dû rechercher aussi, plus soigneusement que nous ne l'avons fait, s'il n'existe pas des kystes salivaires de la voûte palatine. Nous avons préféré limiter notre sujet, nous contentant d'ouvrir la voie pour une étude d'ensemble de tous les kystes salivaires.

Notre travail se divisera en trois chapitres :

Dans le premier, nous décrirons très brièvement l'une des grenouillettes ordinaires (nous avons choisi la grenouillette sublinguale), ce qui nous permettra d'établir nos comparaisons ;

Dans le second, nous étudierons la grenouillette génienne ;

La grenouillette labiale fera l'objet de la troisième partie.

Enfin, nos conclusions feront ressortir le rapport qui existe entre les diverses variétés de grenouillettes.

CHAPITRE PREMIER

DE LA GRENOUILLETTE SUBLINGUALE.

Nous l'avons déjà dit, c'est pour établir nos comparaisons que nous faisons l'étude de cette maladie. Nous n'avons aucun fait nouveau à apporter ; aussi serons-nous très bref.

Anatomie pathologique. — La grenouillette sublinguale, située à

la partie antéro-latérale du plancher buccal, peut s'étendre plus ou moins du côté opposé.

Sa forme, arrondie d'ordinaire, peut donc devenir bilobée.— Elle repose sur le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse.

Son volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. La muqueuse qui recouvre la tumeur est tantôt amincie, tantôt œdématiée. La poche kystique est tapissée d'un épithélium pavimenteux ; généralement fibreuse, elle peut devenir fibro-cartilagineuse. Son contenu est clair et visqueux et renferme de l'albumine ; on y a trouvé aussi du sable salivaire.

Etiologie. — Les causes qui engendrent la ranule ne sont pas connues :

D'après Samuel Cooper, les mouvements fréquents de la langue (chanteurs, avocats, professeurs), ne seraient pas dépourvus d'influence sur la maladie.

Les affections de la muqueuse buccale telles qu'ulcérations, aphthes, stomatites, ont été incriminées ainsi que l'action des liquides trop chauds, l'introduction brusque du biberon chez les enfants. Toutes ces causes, agissant par le même mécanisme, oblitéreraient les orifices excréteurs des glandes et provoqueraient ainsi la formation de kystes sublinguaux.

Symptomatologie. — Le début de la maladie est lent et insidieux, et la tumeur parfaitement indolente s'accroît insensiblement. Elle est molle, rénitente et fluctuante. Sa tension s'exagère par l'effort. Quand elle acquiert un grand volume, elle peut donner lieu à divers accidents :

La phonation et la mastication sont gênées par le refoulement de la langue en haut et en arrière ; l'obstacle apporté à la respiration peut déterminer de véritables accidents de suffocation. La tumeur se vide souvent avant d'avoir provoqué des accidents sérieux.

Traitement. — On a employé contre la grenouillette sublinguale

Région de la joue (Figure empruntée a l'anatomie de Tillaux)

A Masséter échancré pour montrer les glandes molaires I.
B Condyle de la mâchoire inférieure.
C Coupe du conduit auditif externe.
D Artère et veine temporale superficielle.
E Nerf facial.
F Parotide accessoire.
G Sterno-cléido - mastoïdien.
H Canal de Sténon.
I Glandes molaires.
K Muscle peaucier.
L Veine faciale.
M Artère faciale.
N Muscle buccinateur.
O Maxillaire inférieur.
P Nerf buccal s'anastomosant avec le facial. à la face externe du buccinateur.
Q Muscle grand zygomatique.

toutes sortes de traitements. Comme ce que nous dirions ici pourrait se repéter à propos du traitement des grenouillettes en général, nous renvoyons au chapitre IV l'étude de tous ces moyens de guérison.

CHAPITRE II

DE LA GRENOUILLETTE GÉNIENNE.

Anatomie. — Pour bien comprendre les phénomènes cliniques que l'on observe dans la grenouillette génienne, une description anatomique de la région nous paraît indispensable. Cette étude nous permettra, en outre, de préciser certains points du diagnostic et d'établir le traitement rationnel.

La portion de la joue qui nous intéresse (c'est-à-dire la portion massétérine et la portion buccale) présente à étudier de dehors en dedans :

1° La peau ; 2° la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée ; 3° le prolongement antérieur de la parotide enveloppé de deux feuillets aponévrotiques continuant les feuillets superficiel et profond de la loge parotidienne, et qui, par leur réunion en avant de ce prolongement, vont former l'aponévrose massétérine et buccinatrice ; 4° le masséter ; 5° le muscle buccinateur et la branche montante du maxillaire ; 6° enfin la muqueuse buccale.

Entre ces diverses couches sont compris des organes importants : dans la couche sous-cutanée, entre la peau et l'aponévrose buccinatrice, sont situés les muscles de la face, les branches du nerf facial, l'artère et la veine faciales. Entre l'aponévrose buccinatrice et le muscle buccinateur, s'étend le canal de Sténon, entouré d'une gaîne fibreuse formée par un repli des deux feuillets aponévrotiques de la

parotide accessoire ; c'est là aussi que se trouvent la boule graisseuse de Bichat, le plexus buccal, et, enfin, le groupe des glandes molaires.

1° *Peau.* — La peau est fine et parcourue par une grande quantité de petits vaisseaux ; aussi les tumeurs érectiles ne sont-elles pas rares dans cette région. On trouve aussi fréquemment, dans l'épaisseur de la peau, des kystes sébacés ;

2° La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée est, en général, assez épaisse et peut être le point de départ de lipômes. Mais ces tumeurs font toujours saillie sous la peau, ce qui les distingue des lipômes buccaux (Dolbeau) qui font saillie du côté de la muqueuse ;

3° L'aponévrose buccinatrice, mince en avant, devient plus résistante en arrière ; arrivée au bord antérieur du masséter, elle s'infléchit en dehors, puis recouvre la face externe de ce muscle ; au niveau du prolongement de la parotide, elle se divise en deux feuillets qui recouvrent ce prolongement et vont ensuite envelopper la parotide dans sa loge ;

4° Le muscle buccinateur, quadrilatère, s'étend d'un rebord alvéolaire à l'autre, et des parois latérales du pharynx à la commissure buccale. Il adhère intimement à la muqueuse et présente à sa face externe, vers sa partie moyenne, le nerf buccal dont les anastomoses avec le facial forment le plexus buccal ;

5° *Muqueuse.* — Très mince et dépourvue de tissu cellulaire sous-muqueux, elle adhère au muscle sous-jacent. Elle est traversée par le canal de Sténon qui s'ouvre à sa surface. Il n'existe aucune glande interposée entre la muqueuse et le buccinateur.

Cette description, tirée de l'excellente *Anatomie topographique* de Tillaux, nous montre la disposition des diverses parties de la joue ; nous connaissons maintenant la situation des glandes molaires. Cependant, nous ne croyons pas inutile d'insister sur la disposition anatomique des glandes de cette région. En effet, si nous prenons l'*Anatomie* de Cruveilhier, voici ce que nous trouvons :

« La couche glanduleuse de la joue est formée par un petit nombre de glandules isolées, glandules salivaires buccales, soulevant la mu-

queuse sur laquelle elles s'ouvrent par des orifices distincts. Parmi ces glandules, il en est deux qui ont mérité un nom particulier à raison de leur volume et de la situation spéciale qu'elles affectent ; en effet, au lieu d'être subjacentes à la muqueuse, comme les précédentes, elles sont situées entre le buccinateur et le masséter ; elles sont appelées glandes molaires. Leurs orifices excréteurs s'ouvrent au niveau de la dernière dent molaire. »

Sappey ne comprend pas du tout de la même façon la disposition des glandes buccales :

« Tous les anatomistes s'accordent pour admettre, sous la muqueuse des joues, une couche de glandes semblables à celles des lèvres ; or, l'existence de ces glandules est purement imaginaire. Tous aussi admettent, entre le buccinateur et la face profonde du masséter, une ou deux petites glandes connues sous le nom de molaires ; or, ce n'est pas une ou deux glandes qu'on remarque à la face externe du buccinateur, mais toute une traînée qui s'étend de son extrémité postérieure à son extrémité antérieure. Au niveau de la partie terminale du canal de Sténon, on voit ces glandes l'entourer en lui formant une sorte de collier. Elles sont recouvertes par l'aponévrose du muscle qui leur adhère d'une manière intime, en sorte qu'on les enlève le plus souvent avec cette lame fibreuse, si on ne procède pas à leur préparation avec les ménagements suffisants. »

Pour Tillaux, le groupe des glandes molaires repose directement sur le muscle buccinateur, en dedans de l'aponévrose Ces glandes sont situées en arrière du canal de Sténon et correspondent aux deux dernières grosses molaires.

En arrière de ce groupe glandulaire et sur le même plan, se trouve une masse graisseuse appelée boule de Bichat. Elle répond au bord antérieur de la branche montante, au bord antérieur et un peu à la face interne du masséter qu'elle sépare du buccinateur.

Nous admettrons, avec Sappey et Tillaux, que les glandes molaires sont situées entre le buccinateur et le masséter, séparées cependant de celui-ci par l'aponévrose buccinatrice.

Historique. — La grenouillette génienne doit avoir été bien rarement observée, car nos recherches sur cette maladie ont été absolument infructueuses et nous n'avons pu en relever un seul cas.

Si on consulte les ouvrages classiques, on ne la trouve même pas mentionnée : Boyer, Nélaton, dans leurs traités, Broca, dans son ouvrage sur les tumeurs, la laissent de côté ; les auteurs les plus récents (Poulet et Bousquet) parlent bien de kystes séreux de la joue, mais restent muets sur les kystes développés dans les glandes molaires.

Tillaux, dans son *Anatomie topographique*, avance que ces tumeurs sont fréquentes ; mais, revenant sur cette opinion, il affirme, au contraire, dans sa *Clinique chirurgicale,* qu'elles sont très rares.

Nous pensons, cependant, que beaucoup de tumeurs dont on a publié les observations en Allemagne sous le nom de kystes séreux, pourraient bien n'être que des kystes salivaires ; c'est ainsi que Bruns rapporte huit cas de kystes séreux dont l'examen chimique ou microscopique n'a pas été fait ; Guterbock ajoute à ces cas deux observations dans lesquelles l'analyse est aussi négligée.

Ranke, apportant de nouveaux faits recueillis à la clinique de Volkmann, donne, au contraire, des détails minutieux sur la composition de la matière kystique et sur l'anatomie pathologique de la tumeur. Voulant généraliser, il avance que les cas réunis par Bruns et Guterbock sont identiques aux siens, c'est-à-dire que toutes ces tumeurs seraient, non pas des kystes séreux, mais des tumeurs lymphatiques formant des kystes uni ou multiloculaires à paroi tapissée d'épithélium.

On voit que Ranke, au moment où il publie ses observations, est sous l'influence du récent travail de Wegner sur les lymphangiomes. Il est d'ailleurs remarquable (et cela a été remarqué) qu'en médecine il suffit souvent d'un cas intéressant et bien étudié, sortant de l'ordinaire, pour qu'on essaye d'y rapporter tous les autres. C'est ainsi, par exemple, que la dilatation de l'estomac a rapidement détrôné la gastrite, et, pendant un certain temps, a régné en souveraine absolue dans la pathogénie stomacale.

Nous ne tomberons pas dans cet excès, et nous ne conclurons pas

de notre observation que toutes les tumeurs liquides enkystées de la joue sont des ectasies glandulaires ; mais nous croyons que bon nombre des cas observés en Allemagne se rapportaient à des kystes salivaires. Il est regrettable que l'examen rigoureux de la poche et de son contenu ne soit pas venu éclairer la question dans ces cas si intéressants.

Aux cas douteux dont nous venons de parler, nous sommes en mesure d'ajouter un cas observé par M. le professeur Tédenat et une observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Eloi.

Observation I

Communiquée par M. Tédenat.

KYSTE DES GLANDES MOLAIRES ; EXTIRPATION ; GUÉRISON.

Jules C..., âgé de 33 ans, demeurant à Nîmes, lymphatique, bien constitué, sans antécédents pathologiques notables, présente, sur la joue droite, une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, tendue, faiblement fluctuante. La tumeur, située immédiatement en avant du bord antérieur du masséter, sur la ligne qui va du tragus à la commissure buccale, fait une saillie très visible sous la peau. Elle n'est pas saillante sous la muqueuse buccale. La pression n'en diminue pas le volume et ne détermine aucun écoulement au niveau de l'orifice du canal de Sténon, dont le cathétérisme avec un fil d'argent ne détermine non plus aucun écoulement de salive.

Cette tumeur s'est développée lentement depuis quatorze mois environ ; elle n'a jamais provoqué de douleurs, mais le malade aurait observé que, parfois, elle devenait plus tendue au moment du repas.

10 juin 1886. — La tumeur étant repoussée au-dehors par deux doigts pressant sur la face interne de la joue, une ponction aspiratrice est faite au moyen d'une grosse aiguille de Pravaz. Malgré le gros calibre de l'aiguille, le liquide visqueux coule difficilement. Il contient de rares cellules épithéliales, prismatiques, déformées, de grosses cellules grenues et un grand nombre de cellules, petites, arrondies, finement granuleuses.

Séance tenante, incision verticale sur la partie moyenne de la tumeur, à deux ou trois centimètres en avant du masséter. La poche est mise à nu, facilement décollée En arrière d'elle, on voit nettement le canal de Sténon dont elle est indépendante.

Section du kyste sur sa partie profonde, amincie, qui traverse les fibres du muscle buccinateur. Peu d'hémorragie.

Trois points de suture au fil de Catgut ; petit drain à la partie inférieure de l'incision. Pansement avec de la gaze iodoformée.

14 juin. — Pansement. Réunion faite. Drain enlevé.

19 juin. — Cicatrisation complète.

La poche avait une épaisseur de près d'un millimètre ; par le râclage de sa face interne, on a obtenu des cellules épithéliales allongées, de grosses cellules arrondies et remplies de granulations.

La situation de la tumeur en dehors du buccinateur que traversait son collet, en avant du canal de Sténon, la composition histologique et l'aspect du liquide, permettent de conclure qu'elle s'était développée aux dépens des glandes molaires.

Réflexions. — L'examen microscopique de la poche et du liquide ne permet pas de douter qu'on eût affaire à un kyste d'une glande salivaire. Mais la tumeur siégeait-elle bien dans les glandes molaires ? Si nous nous en rapportons à Tillaux, les glandes molaires siègent en arrière du canal de Sténon (c'est ce que montre notre figure empruntée à Tillaux) ; un kyste d'une des glandes molaires aurait-il laissé le canal de Sténon à sa partie postérieure, en passant, soit au-dessus, soit au-dessous du canal ; ou bien ne se serait-il pas plutôt développé en

arrière du canal entre le masséter et le buccinateur? Nous pensons que, dans ce cas, la tumeur siégeait plutôt dans une des glandes géniennes, signalées par Sappey, en dehors du buccinateur, mais en avant du canal de Sténon ; nous avons parlé de ces glandes plus petites que les glandes molaires et placées, avant Sappey, immédiatement au-dessous de la muqueuse buccale (Voir ci-dessus l'exposé anatomique de la région génienne).

Observation II.

Personnelle (1).

H. F., âgé de 34 ans, entre, le 1er mai, au service de M. le professeur Dubrueil, salle Saint-Eloi, nº 39. Il est porteur, à la joue gauche, d'une tumeur qui, très saillante à l'extérieur, le défigure complètement. F... est bien constitué, d'un tempérament lymphatique; il n'a pas d'antécédents pathologiques. La tumeur a commencé à paraître quand il n'avait encore que trois ans, et a augmenté, depuis, progressivement. Le malade l'attribue à ce qu'il s'est couché, un jour, sur l'herbe humide (froid humide ?).

A dix-huit ans, il avait déjà le visage déformé par la tumeur, qui avait acquis un volume considérable ; il se décida alors à se faire traiter. Le premier médecin qu'il consulta, pensa à une rétention de la salive parotidienne, et pratiqua le cathétérisme du canal de Sténon avec un crin de cheval. Cette manœuvre amena l'écoulement d'une grande quantité de liquide salivaire ; la tumeur diminua de volume, mais ne se vida pas. Ces tentatives, renouvelées pendant deux ans, deux ou trois fois par semaine, n'eurent d'autre résultat qu'un soulagement passager.

(1) Une maladie nous ayant empêché de prendre l'observation en entier, M. Saussol, chef de clinique, a bien voulu nous aider à la compléter.

Le malade éprouvait la sensation d'un écoulement de liquide dans la bouche ; à certains moments, cet écoulement spontané était si abondant, qu'il aurait pu en remplir le creux de sa main.

A vingt ans, par suite de la suppression du traitement, la tumeur augmente de volume. Un nouveau médecin, consulté, pratique le cathétérisme avec des sondes. Ce traitement, prolongé deux ans, n'empêche pas la tumeur d'augmenter encore de volume.

F... n'a jamais éprouvé aucune douleur, mais seulement une certaine gêne. Cependant, contrarié de la difformité que détermine la tumeur, il se décide à entrer à l'hôpital pour se faire opérer (1er mai 1887).

1er mai. — On constate que la joue gauche est le siège d'une tumeur volumineuse, ovoïde, tendue, dirigée obliquement du tragus à deux travers de doigt de la commissure des lèvres, à grosse extrémité inférieure, avec un petit prolongement du côté de l'oreille, au-dessous de l'apophyse zygomatique. Cette tumeur, absolument indolore, ne fait point saillie à l'intérieur de la bouche et ne gêne pas la mastication.

2 mai. — M. Dubrueil pratique une incision du côté de la bouche ; pour arriver sur la tumeur, il est obligé de sectionner les fibres du buccinateur. Un flot de liquide visqueux, filant, légèrement brunâtre, s'écoule aussitôt, et la tumeur s'affaisse complètement. Une partie de la poche est excisée avec des ciseaux courbes. Cautérisation de la poche. Jours suivants : lavages à l'eau boriquée.

8 mai. — Malgré les cautérisations répétées, l'ouverture a disparu, et la tumeur s'est reformée, moins volumineuse toutefois.

Nouvelle incision suivie de cautérisation.

Le malade accuse un mieux sensible et se croit même guéri ; il sort de l'hôpital.

1er juin. — La tumeur s'est reformée ; le malade rentre à l'hôpital. La poche s'est enflammée ; ouverte avec le doigt et le bistouri, elle laisse échapper un liquide purulent. La section d'une artériole assez volumineuse donne lieu à un écoulement sanguin assez considérable. La poche est bourrée d'amadou Des scarifications sont aussi pratiquées sur la paroi.

2 juin. — On retire l'amadou. Lavages à l'eau boriquée et agrandissement de l'ouverture avec le doigt.

3 juin. L'ouverture ayant de la tendance à se refermer, on distend la poche avec un entérotome.

4 juin. — Quoique l'entérotome soit difficilement supporté, ses branches sont encore écartées; le malade est nécessairement mis au potage.

5 juin. — On enlève l'entérotome; lavages désinfectants; cautérisation de la poche.

Le lendemain, le malade accuse une grande amélioration dans son état.

Le 8 juin, un petit abcès est ouvert; on cautérise profondément la poche; mais un des crayons se casse dans la cavité. Ne pouvant être extrait, il y est abandonné, et non-seulement il ne détermine pas d'accidents, mais encore on observe, chez le malade, un mieux sensible pendant les jours suivants.

Le kyste s'oblitère à la partie antérieure, mais la partie postéro-supérieure n'est pas modifiée et on observe bientôt, au-devant de l'oreille gauche, au-dessous de l'apophyse zygomatique, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Ne pouvant l'attaquer par la partie interne, M. Dubrueil est obligé d'en venir à l'incision externe, incision qu'il s'était efforcée jusque-là d'éviter, à cause de l'inconvénient que présente toujours, pour l'opéré, la cicatrice consécutive.

22 mai. — Une incision transversale, faite couche par couche, donne issue à une cuillerée environ de liquide purulent, et met à jour une cavité dans laquelle pénètre l'index. Les parois de la poche sont entièrement excisées, et on applique, à plat, un pansement antiseptique sans intention de réunion immédiate.

Le soulagement est immédiat. La plaie est pansée tous les deux jours.

Le 26 juin, on passe un drain vertical destiné à faciliter l'écoulement du pus.

Le 30 juin, le malade va bien ; la tumeur n'a plus de tendance à reparaître, et l'on est en droit d'espérer que la guérison sera rapide.

Réflexions. — L'examen chimique et microscopique du liquide n'a malheureusement pas été fait. Cependant, l'aspect physique de ce liquide autorise à penser qu'on était bien en présence d'un kyste muqueux. D'un autre côté, le siège de la tumeur, en dehors du buccinateur, sa direction, la lenteur qu'elle a mise à se développer, montrent que le kyste était bien formé aux dépens d'une des glandes molaires.

Mais, alors, on peut se demander pourquoi le cathétérisme du canal de Sténon procurait au malade un soulagement. La réponse nous paraît simple : La tumeur, formée dans une glande molaire, devait exercer une pression sur le canal de Sténon et amener, par suite, une rétention salivaire ; il y avait ainsi une tumeur surajoutée, que le cathétérisme devait faire disparaître. Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que le malade nous apprend que, souvent, il sentait sa bouche remplie de salive : c'était probablement quand la salive accumulée acquérait une tension capable de vaincre la pression exercée sur le canal. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le cathétérisme amenât un soulagement ; il n'est pas étonnant non plus qu'il n'eût aucun résultat curatif.

Il y a, d'ailleurs, dans la science, un cas qui vient encore à l'appui de notre opinion. Gogué communique, en 1846, à la Société anatomique de Paris, l'observation d'un homme âgé de 56 ans, et porteur, à la joue, d'une tumeur assez volumineuse, adhérente par un point à la muqueuse buccale ; la parotide est intacte ; malgré cela, le jour de l'opération on remarque une salivation abondante qui disparaît le lendemain. Cette exagération de l'excrétion salivaire ne venait-elle pas de ce que l'ablation de la tumeur permettait l'écoulement de la salive accumulée dans la parotide, par le fait de la compression du canal de Sténon ?

CAS DE BÉRARD.

En 1837, Bérard publiait, dans les *Archives générales de médecine*, une étude des kystes séreux de la joue, étude qu'il basait sur deux observations. Nous ne reproduisons pas ces observations, qui seraient une répétition presque textuelle de notre observation II. Mais nous voulons parler d'un caractère qui nous a surpris. Bérard, pour s'assurer qu'il avait affaire à un kyste séreux, employait le moyen usité pour s'assurer qu'un épanchement distend la tunique vaginale, et malgré que la tumeur siégât en dehors du buccinateur (ce que vérifia l'opération), on observait parfaitement la transparence.

Ce caractère, s'il existe réellement (et il n'est pas permis de le mettre en doute, puisque Bérard l'a constaté deux fois sur deux cas), pourrait être utilisé pour le diagnostic souvent embarrassant des kystes séreux et muqueux de la joue.

Anatomie pathologique. — La grenouillette génienne est une tumeur située à la joue, entre le tragus et la commissure labiale; elle reste toujours au-dessous de l'apophyse zygomatique, et fait saillie à l'extérieur; elle est de forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas et en avant, à petite extrémité dirigée vers l'oreille. Elle est comprise entre le buccinateur et son aponévrose.

Son volume est variable de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix. Il n'est pas rare de la voir comprimer le canal de Sténon. La muqueuse ne subit pas de modifications.

Le contenu de la poche est visqueux, filant, légèrement brunâtre, il contient de rares cellules épithéliales, prismatiques, déformées, de grosses cellules grenues et un grand nombre de cellules petites, arrondies, finement granuleuses.

La poche peut acquérir une épaisseur de 1 mm; par le râclage de

sa face interne, on obtient des cellules épithéliales allongées, de grosses cellules arrondies et remplies de granulations.

Etiologie. — L'étiologie de la grenouillette génienne reste obscure. Comme pour la grenouillette ordinaire, on pourrait accorder une certaine influence aux lésions qui peuvent survenir sur la muqueuse buccale : stomatites, ulcérations, etc.

Chez le malade qui fait l'objet de l'observation n° II, nous voyons intervenir le froid humide. Le malade prétend que c'est une station prolongée sur l'herbe qui a provoqué sa maladie. Peut-être, en effet, s'est-il couché, la joue gauche appuyée sur le sol (il avait trois ans); et, dans ce cas, quoi d'étonnant à ce qu'une inflammation de la muqueuse ait amené une oblitération de l'orifice excréteur des glandes, et, par suite, une rétention du liquide suivie de ses phénomènes ordinaires? Il ne serait même pas nécessaire d'admettre le contact direct de la joue avec le sol pour soutenir cette opinion. Ne voit-on pas le catarrhe nasal survenir alors que les extrémités inférieures seules ont été exposées au froid humide? On n'a pas donné d'explication satisfaisante de ce fait si vulgaire. Pourquoi ce mécanisme qui produit une inflammation de la muqueuse nasale ne serait-il pas capable (quoique à un degré moindre) d'engendrer l'inflammation de la muqueuse buccale?

Ce point d'étiologie doit être envisagé avec une certaine réserve. Nous avons cependant cru devoir le signaler : qu'un autre fait se présente dans les mêmes conditions, et on sera déjà plus autorisé à admettre cette relation entre le froid humide et l'oblitération des orifices excréteurs des glandes.

La grenouillette génienne se développe surtout dans l'enfance ou la jeunesse. Ce n'est pas seulement sur les deux observations que nous avons pu recueillir que nous basons cette opinion : ce sont des enfants ou des jeunes gens qui sont atteints de ces kystes séreux dont nous avons déjà parlé, et nous admettons que parmi ces cas il pouvait bien se trouver des kystes des glandes molaires. D'ailleurs, les kystes séreux

et muqueux de la région génienne ont de telles ressemblances, qu'on pourrait les confondre dans une même description clinique.

Symptomatologie. — Le début de la maladie est toujours lent et insidieux. Dans l'observation n° I nous voyons le malade attendre quatorze mois avant de se décider à se faire opérer; ce n'est qu'au bout de quinze ans que le sujet de l'observation n° II songe à consulter un médecin! Pour que de pareils faits se produisent, il faut non-seulement que la tumeur soit indolore, mais encore que le malade ait pris l'habitude de la porter, c'est-à-dire qu'elle se soit développée insensiblement.

Le volume de la tumeur varie de la grosseur d'une cerise à celle d'une grosse noix. Elle se dirige généralement suivant une ligne qui va du tragus à la commissure labiale. La muqueuse ne présente aucun changement de coloration; son épaisseur n'est pas diminuée. On peut cependant, malgré que la muqueuse soit doublée du buccinateur, constater, au moyen d'une bougie, la transparence de la tumeur.

Si l'on se reporte à notre figure, on voit que la tumeur doit siéger un peu en arrière du canal de Sténon, entre le buccinateur et son aponévrose. Aussi, la tumeur ne pouvant se développer librement à l'extérieur, bridée qu'elle est par l'aponévrose, peut faire saillie à l'intérieur de la bouche.

En saisissant la tumeur entre deux doigts placés l'un à l'extérieur, l'autre à l'intérieur de la bouche, on doit éprouver une sensation de rénitence ou de fluctuation; la pression n'en diminue pas le volume. Le catéthérisme du canal de Sténon peut amener un écoulement assez abondant de liquide; on reconnaît néanmoins facilement que la tumeur en reste indépendante. La tumeur, indolore, gêne peu, et, n'était la difformité qu'elle occasionne, il est probable que bien peu des malades qui en sont atteints en réclameraient l'extirpation.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave; la tumeur est indolente; elle pourrait gêner si elle formait une saillie considérable à l'in-

térieur de la bouche ; mais ce n'est pas ce qui a lieu d'habitude. La guérison est obtenue assez facilement. On pourrait peut-être, dans certains cas, la procurer au malade sans laisser subsister aucune trace, en ouvrant la tumeur par la partie interne ; mais on est presque toujours obligé d'ouvrir le kyste par l'extérieur (c'est ce qu'en définitive a été forcé de faire M. Dubrueil, malgré ses efforts pour éviter au malade une cicatrice), afin de pouvoir extirper la poche et obtenir une oblitération complète. Le seul inconvénient de cette méthode est d'ailleurs de laisser une cicatrice.

Diagnostic. — La région génienne peut être le siège d'un grand nombre de tumeurs, parmi lesquelles beaucoup ressemblent aux kystes salivaires.

Nous pouvons éliminer les tumeurs telles que le sarcome, l'épithéliome, le carcinome, etc., qui ne peuvent prêter à l'erreur.

Lipômes. — Nous avons dit, dans notre description anatomique, que la joue présentait deux couches de tissu cellulo-adipeux, l'une sous-cutanée, l'autre se continuant avec le tissu cellulo-adipeux de la fosse zygomatique et sous-aponévrotique : c'est la boule de Bichat. Ces deux couches peuvent être le siège de lipômes. Les lipômes sous-cutanés font saillie en dehors, sont indépendants des parties voisines et donnent une fausse sensation de fluctuation ; leur évolution est lente. Ces caractères, on le voit, expliqueraient suffisamment une erreur de la part du chirurgien. Cependant leur situation sous-cutanée et la palpation qui donne la sensation d'une tumeur molle, pâteuse, permettent de les distinguer des kystes des glandes molaires.

Les lipômes, appelés à tort sous-muqueux, puisqu'ils sont séparés de la muqueuse par le buccinateur, ont été décrits par Dolbeau ; ils siègent à peu près dans le même point que les kystes des glandes molaires et font saillie à l'intérieur de la bouche. Le diagnostic se fera soit par la palpation, soit par une ponction exploratrice. Si ce dernier moyen est négligé, l'erreur sera facile ; elle n'aurait d'ailleurs pas d'inconvénients.

MM. Berger et Delens ont rapporté à la Société de chirurgie, en 1883, deux cas remarquables d'angiôme et d'angio-lipôme de la boule de Bichat. Ces tumeurs n'augmentent pas de volume pendant l'effort ou la mastication; au lieu d'être distendues, comme c'est le cas dans les kystes salivaires, elles sont mollasses, pâteuses. Elles sont éminemment réductibles : ces signes éviteront toute erreur.

M. Verneuil a signalé une tumeur kystique séreuse, un hygroma se développant dans une petite bourse muqueuse non constante, qui existe quelquefois près de l'insertion ou sur le trajet du muscle grand zygomatique. Cette tumeur est beaucoup plus superficielle que celle qui nous occupe. Les kystes séreux proprement dits ont tous les caractères des kystes salivaires, et si une ponction suivie de l'examen du liquide retiré ne vient pas éclairer le diagnostic, il est impossible de les distinguer des kystes muqueux. Cette erreur n'a aucun inconvénient, le traitement étant le même pour les deux genres de tumeurs.

L'abcès froid pourrait aussi se présenter dans cette région. Il n'est pas nettement circonscrit comme le kyste; ponction exploratrice.

On pourrait prendre un kyste des glandes molaires pour une tumeur de la parotide ou une dilatation du canal de Sténon; c'est ce qui est arrivé aux deux médecins qui ont soigné le malade de l'observation II, avant son entrée à l'hôpital. Le cathétérisme du canal de Sténon montrera si l'écoulement de la salive a persisté; même dans le cas où il y aurait rétention salivaire, si la tumeur ne se vide pas complètement par le cathétérisme, on est en droit de se demander si la rétention ne dépendait pas de la compression du canal par une tumeur voisine (observation II); il reste alors à faire le diagnostic de cette nouvelle tumeur.

Traitement. — Le traitement qui a été employé dans l'observation I consiste à extirper complètement la tumeur; si cette extirpation peut être complète, on peut tenter la réunion immédiate, et la guérison est rapide.

Dans le cas de l'observation II, le traitement consistait à exciser une portion de la paroi et à cautériser la poche au nitrate d'argent.

Cette cautérisation doit être répétée tous les deux jours, et si elle peut porter dans tous les points, la poche est vite détruite, la guérison s'obtient facilement. C'est le procédé de Gosselin.

Dans ce cas, les cautérisations ne pouvaient être qu'incomplètes; la tumeur poussant un prolongement en haut et en arrière, il était difficile de détruire complètement la poche en partant de l'intérieur de la bouche. Mais ce qui prouve bien l'efficacité de ce traitement, c'est l'amélioration produite par la chute accidentelle d'un crayon de nitrate d'argent dans la cavité. Nous dirons cependant que l'extirpation complète nous paraît préférable, quand elle est possible. C'est d'ailleurs cette méthode qui a été adoptée quand il a fallu en arriver à l'incision externe chez le malade du n° 39.

Il y a encore une foule d'autres traitements. Nous y reviendrons à propos des grenouillettes en général.

CHAPITRE III

DE LA GRENOUILLETTE LABIALE

Anatomie. — La couche glanduleuse des lèvres, située entre la couche musculeuse et la muqueuse, est assez épaisse ; elle se compose de petits corps arrondis, juxtaposés, unis entre eux par un tissu cellulaire lâche et superposés de façon à former une couche continue.

Cette couche, qui commence à environ 6 millimètres du bord rouge des lèvres (Bouisson), se prolonge en haut pour la lèvre supérieure, en bas pour la lèvre inférieure, et s'épaissit même au niveau des culs-de-sac de la muqueuse. De chacune des glandes part un conduit excréteur qui vient s'ouvrir à la surface de la muqueuse.

Leur structure, sur laquelle nous reviendrons plus loin, est tout à fait identique à celle des lobules des glandes salivaires dont elles paraissent partager les usages.

Historique. — Les grenouillettes labiales sont beaucoup plus fréquentes que les grenouillettes de la joue, et si elles n'ont pas eu le mérite de provoquer de longues descriptions de la part des auteurs, du moins sont-elles citées par la plupart d'entre eux.

Boyer les signale dans son *Traité des maladies Chirurgicales :* elles siégent, dit-il, à la face postérieure des lèvres et surtout de la lèvre inférieure, sous la muqueuse. Il s'étend ensuite sur le traitement, mais sans parler ni de l'étiologie, ni de la symptomatologie, ni du diagnostic.

Nélaton les mentionne dans son *Traité* Classique mais sans insister. Les auteurs plus modernes : Duplay, Tillaux, Poulet et Bousquet leur consacrent aussi quelques lignes sans entrer dans aucun détail.

Enfin Bouisson, dans son article Lèvres, du *Dictionnaire encyclopédique*, leur consacre une étude relativement étendue; il signale des trajets fistuleux s'ouvrant sur la lèvre et d'origine congénitale.

Virchow compare les petits kystes labiaux aux grains de mil ou aux comédons des follicules pileux. Bouisson leur trouve plus d'analogie avec les kystes des glandes de Bartholin.

Des observations assez nombreuses ont été publiées; et, à Montpellier, MM. Bimar, Chalot et Tédenat ont eu l'occasion d'observer des malades atteints de kystes labiaux. M. le professeur Chalot en a présenté un cas à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. M. le professeur agrégé Bimar a publié, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier* (1880), en la faisant suivre de réflexions, une observation de kyste muqueux de la lèvre. Nous rapporterons tout au long cette observation qui présente un réel intérêt, surtout en raison des considérations sur l'anatomie pathologique et l'étiologie. L'observation de M. le professeur Tédenat se rapporte aussi à un kyste de la lèvre inférieure. Elle a donné lieu au même traitement que celle de M. Bimar.

Observation I

Publiée par M. Bimar dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier.*

KYSTE MUQUEUX DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. — INCISION. — CAUTÉRISATION AU NITRATE D'ARGENT. — GUÉRISON

Dans le courant de juillet 1879, M. X..., âgé de 24 ans, sans profession, se présente à la consultation pour une petite tumeur de la lèvre inférieure qui, sans le faire précisément souffrir, le gêne considérablement et donne à sa physionomie un aspect fort disgracieux. Aussi est-il très désireux d'être débarrassé de cette difformité.

D'un tempérament lymphatique, ne présentant comme antécédents pathologiques qu'une éruption d'acné de la face, ce jeune homme, fort intelligent, et qui avait observé avec le plus grand soin le développement et la marche de sa tumeur, donne les renseignements suivants :

Pendant le mois de novembre 1878, son attention fut attirée par hasard sur une petite dureté de la dimension d'une graine de chanvre, siégeant dans l'épaisseur de la lèvre inférieure et du côté droit ; ce petit nodule était indolore et ne déterminait aucune saillie apparente.

Il est bon de noter que ce jeune homme, grand amateur de musique, s'était exercé avec ardeur, pendant plusieurs mois, à jouer de la clarinette. On sait que, pour souffler dans cet instrument, il faut que son bec soit saisi par la partie moyenne des lèvres, tandis que, de chaque côté, ces organes s'appliquent fortement l'un contre l'autre pour s'opposer au passage de l'air. Or, c'est précisément dans le point où la lèvre inférieure se mettait en contact avec la lèvre supérieure, à droite de l'instrument, qu'avait pris naissance la petite tumeur, et c'est dans le même point qu'elle a acquis son développement ultérieur.

Au bout d'un mois, elle avait notablement augmenté de volume ;

elle formait une saillie appréciable sur la face postérieure de la lèvre et commençait à empiéter sur le bord libre de cet organe, où elle faisait hernie, pendant que M. X... soufflait dans son instrument. Un mois après, elle dépassait ce bord libre, sous forme de demi-sphère de plus de 1 centimètre de diamètre. Le malade constatait qu'elle se ramollissait et que, dans sa partie saillante, elle n'était recouverte que par une membrane paraissant mince et presque transparente. Toujours absence de douleur.

Un beau jour, à son réveil, M. X... s'aperçut que sa tumeur avait disparu ; à sa place, il vit une membrane blanchâtre, plissée, affaissée sur la lèvre et mobile. Il pensa avec raison que cette tumeur avait dû contenir un liquide qui s'était fait jour à l'extérieur ; il aperçut même un petit orifice par lequel avait dû s'écouler le liquide ; mais ce petit pertuis, quoique encore apparent, s'était déjà oblitéré, et des pressions répétées n'en purent rien faire sortir.

Peu après, le kyste se reproduisait, et, au bout de quinze jours, il avait recouvré son volume maximum. Pendant un effort de toux, il s'ouvrit de nouveau et M. X... s'assura cette fois qu'il s'en écoulait un liquide incolore, visqueux et filant. La tumeur se reforma plusieurs fois pour se vider de même, soit accidentellement, soit spontanément, et, dans ce dernier cas, elle mettait environ trois semaines pour se reproduire. Enfin, elle devenait de plus en plus volumineuse.

Au moment où le malade se présente à l'examen, sa tumeur ne s'est pas percée depuis quinze jours. Elle occupe le bord libre de la lèvre inférieure, à droite, et proémine en arrière et en haut sous forme d'un hémisphère de près de 2 centimètres de diamètre ; cette partie saillante est d'un blanc bleuâtre, légèrement transparente, tendue et luisante ; elle présente une fluctuation évidente. En saisissant la lèvre entre les doigts, on sent que la tumeur se prolonge dans son épaisseur d'une quantité moindre que celle qui proémine, mais sensiblement de même forme, de sorte que l'ensemble de cette tumeur paraît à peu près sphérique. Elle est indolore, mais déforme singulièrement la lèvre, et nuit à ses différentes fonctions. Le diagnostic ne peut être douteux ;

l'examen rapproché des renseignements qui ont été fournis, indique qu'il s'agit d'un kyste muqueux.

M. Bimar propose au malade une petite opération consistant dans l'incision suivie de la cautérisation de sa tumeur. L'opération étant acceptée, elle est pratiquée séance tenante.

Deux doigts de la main gauche saisissent la lèvre inférieure, au niveau même du kyste, dont la partie saillante est traversée d'avant en arrière, avec un petit bistouri, le tranchant dirigé en haut. L'incision est complétée de bas en haut. Cette incision procure une large ouverture d'où il s'écoule un liquide transparent, visqueux et filant, présentant tous les caractères du mucus, et dans lequel l'examen microscopique montre seulement de rares cellules épithéliales déformées.

La cavité kystique est ensuite vidée complètement par des pressions méthodiques et cautérisée fortement avec le crayon de nitrate d'argent.

Cette petite opération, peu douloureuse, est suivie d'une légère inflammation locale, avec gonflement de la lèvre et suppuration de la plaie.

Huit jours après, la cicatrisation est complète et il ne reste à l'endroit précédemment occupé par le kyste qu'un petit noyau d'induration.

M. Bimar revoit l'opéré un mois après : la tumeur ne s'est pas reproduite et il ne reste plus à sa place qu'une petite cicatrice linéaire antéro-postérieure, se confondant avec les plis de la lèvre. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter textuellement les réflexions dont M. Bimar fait suivre cette observation :

« Au point de vue de l'étiologie, on peut se demander si, dans » l'espèce, il n'y a pas eu plus qu'une coïncidence entre l'apparition » de la tumeur et les exercices immodérés de M. X... sur un instru- » ment dont le jeu exige une action si énergique des lèvres. N'y a-t-il » pas eu, dans ces deux faits, un rapport de cause à effet? Je ne saurais » l'affirmer, attendu que les investigations auxquelles je me suis livré

» auprès de musiciens compétents, pour savoir si ces kystes s'obser-
» vent quelquefois chez les joueurs de clarinette, ne m'ont pas donné
» de résultats concluants. Je suis d'avis cependant que ces recherches
» doivent être multipliées. En effet, il n'est pas douteux que ces
» tumeurs se développent aux dépens des glandules sous-muqueuses
» de la lèvre par l'accumulation de leur produit de sécrétion dans un
« ou plusieurs culs-de-sac glandulaires ou dans leur conduit excréteur,
» et il est rationel de penser que les contractions énergiques des lèvres
» nécessitées par le jeu d'un pareil instrument s'accompagnent d'un
» surcroît d'activité des glandules muqueuses qui peut être le point de
» départ d'un kyste, pour peu qu'il y ait oblitération des canaux
» excréteurs et rétention du produit de sécrétion.

» Le pronostic est sans gravité; cependant ces tumeurs n'ont pas
» de tendance à guérir spontanément. Chez mon malade, elle datait de
» neuf mois, et, lorsque je l'examinai, rien n'indiquait qu'elle fût sur
» le point de disparaître. Après s'être vidée, elle se reproduisait rapi-
» dement, et on pouvait se demander si, à la longue, les parois de la
» poche ne finiraient pas par s'épaissir et s'indurer, rendant ainsi la
» guérison plus difficile à obtenir. »

M. Bimar complète ses réflexions par quelques considérations sur le diagnostic et le traitement. Nous y reviendrons plus loin.

Observation II

Communication de M. Chalot à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Enfant de 11 ans. — Depuis un an environ, on avait remarqué une petite tumeur située entre la lèvre inférieure et le rebord alvéolaire, à droite du frein gingivo-labial, et faisant corps avec la lèvre inférieure. Elle était du volume d'un haricot, un peu aplatie ; la surface était blanche, la muqueuse qui la bordait était rose. Cette tumeur indolente, à bords nets et arrondis, était mobile, indépendante de l'os.

Comme antécédents, quatre ans auparavant, l'enfant avait eu une autre petite tumeur à la même place; elle s'était rompue.

Au point de vue du diagnostic, ce pouvait être un abcès dentaire, un abcès froid, un kyste d'une glande salivaire. La tumeur étant très mobile, une première tumeur s'étant rompue, M. Chalot pense à un kyste d'une glande salivaire par rétention, à une petite grenouillette labiale.

Comme traitement, la simple ponction et l'incision ayant paru insuffisantes, il allait être procédé à l'extirpation quand, par suite d'un érysipèle chez la mère de l'enfant, l'opération fut retardée.

Deux mois après, l'enfant était complètement guéri; la tumeur avait disparu complètement. Le diagnostic était vérifié par la rupture du kyste. La guérison avait été obtenue par les seuls effets de la bonne nature.

Réflexions. — Cette guérison était-elle définitive? Et n'y a-t-il pas à craindre que cette tumeur, apparue puis disparue il y a quatre ou cinq ans et qui s'était représentée une seconde fois, n'y a-t-il pas à craindre qu'elle ne reparaisse encore? Comme le dit M. Bimar, ces tumeurs ont peu de tendance à disparaître spontanément; elles tendent, au contraire, à se remplir dès qu'elles ont évacué leur contenu. Cette reformation de la tumeur peut avoir une durée très variable. Cette durée, de quinze jours ou trois semaines dans l'observation de M. Bimar, arrive à quatre ans dans celle de M. Chalot. Evidemment, on ne peut opérer une personne en contact avec un érysipélateux; on ne peut non plus enlever une tumeur qui n'existe plus ou, du moins, paraît ne plus exister. Mais nous croyons que le seul moyen d'être à l'abri des récidives est d'anéantir la tumeur, soit par l'extirpation, comme le veut M. Chalot, soit par l'incision suivie de cautérisation, comme le veut M. Bimar, soit par un des procédés que nous indiquerons plus loin.

Observation III

Communiquée par M. Tédenat (Résumée).

KYSTE SALIVAIRE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE ; INCISION ; CAUTÉRISATION AU NITRATE D'ARGENT ; GUÉRISON.

Marie B..., âgée de 50 ans, de bonne santé habituelle, présente, à la partie moyenne de la lèvre inférieure, une tumeur du volume d'une noisette, lisse, faisant saillie sous la muqueuse restée normale, sauf un peu plus de vascularisation qu'à l'ordinaire. Cette tumeur s'est formée depuis six mois et est indolore.

Incision transversale ; issue d'un liquide visqueux. Cautérisation de la poche avec la pierre infernale. La tumeur ne s'est pas reformée (juillet 1881).

Observation IV.

Prise dans le *British médical journal.*

Le cas que nous allons rapporter n'est pas une observation, mais une communication faite par le docteur Humphry à une Société de Chirurgie.

M. Humphry parle d'une tumeur qui a été enlevée du côté gauche de la lèvre supérieure d'une femme âgée de trente-cinq ans. C'était un nodule très dur, de la grosseur d'une grosse noisette, et, quoique la peau et la muqueuse pussent se mouvoir librement sur lui, l'observa-

teur restait incertain sur sa malignité. Il l'enleva par une incision en V pratiquée à travers l'épaisseur de la lèvre. La tumeur était nettement circonscrite et entourée d'un tissu connectif lâche. Un groupe de glandules labiales adhérait à sa face postérieure. Une section de la tumeur montra des plaques de cartilage hyalin. A l'examen microscopique, on trouva de nombreuses traces de la structure glandulaire des glandes muqueuses de la région, ayant subi diverses transformations assez complexes. Les plaques cartilagineuses avaient assez parfaitement, par places, la structure du cartilage hyalin. La tumeur s'était développée dans les glandes muqueuses de la lèvre supérieure et avait subi, çà et là, une transformation cartilagineuse qui était, sans doute, de même nature que celle qui survient dans les tumeurs parotidiennes et, plus rarement, dans les tumeurs mammaires. Ces caractères de la tumeur, qu'on a pu établir après l'extirpation, favorisent l'idée qu'elle n'était point maligne.

Réflexions. — Nous avons rapporté ce cas pour deux raisons : d'abord, parce que le siège de la tumeur était à la lèvre supérieure, ce qui est assez rare, ensuite et surtout à cause de cette transformation cartilagineuse dont parle Humphry. Nous tombons ainsi dans ces cas pour lesquels Bouisson voudrait voir réserver le traitement qui consiste à extirper la tumeur. Ces cas sont rares. A quoi faut-il les rattacher? La transformation cartilagineuse doit-elle être attribuée, comme semblerait l'indiquer M. Bimar, à une série d'ouvertures spontanées et de reformations de la tumeur?

Étiologie. — Que dirons-nous de l'étiologie? Ce que nous avons déjà dit de l'étiologie des autres grenouillettes, que nous ne la connaissons pas. Nous avons déjà exposé les réflexions de M. Bimar sur les causes du kyste qui fait le sujet de l'observation I. Nous n'y reviendrons pas. Nous ferons seulement remarquer qu'en cherchant bien on pourrait trouver, dans la plupart des cas qui se présentent, une raison d'être de la tumeur. L'introduction brusque d'un biberon, un liquide

trop chaud, un froid humide, des efforts répétés, etc., sont des raisons qu'il ne faut pas négliger, et si elles n'ont pas toute la valeur qu'elles méritent peut-être, cela tient au petit nombre d'observations qui ne permet pas de voir se reproduire plusieurs fois la même opinion sur les causes de la maladie.

Symptomatologie. — Les kystes muqueux de la lèvre se présentent ordinairement sous la forme de tumeurs arrondies ou oblongues. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noisette. Ils dépassent rarement ce volume et s'ouvrent spontanément avant d'acquérir de plus grandes dimensions. Leur siège se trouve sur la face postérieure de la lèvre ; la lèvre inférieure est beaucoup plus souvent atteinte que la supérieure.

Ils se développent en soulevant la muqueuse, dont le tissu s'accroît et acquiert de la transparence. Quelquefois la muqueuse prend une coloration blanche ou bleuâtre ; les bords en sont rosés.

La tumeur est formée par un liquide visqueux, filant, incolore. Ce liquide s'accumule dans la cavité formée aux dépens de l'organe dont l'orifice est oblitéré. La tumeur reste quelquefois stationnaire ; d'autres fois, elle se vide et se reforme alternativement ; mais elle n'a aucune tendance à guérir spontanément. Elle reste indolente. Tantôt on ne trouve qu'un seul kyste, tantôt, au contraire, on en trouve plusieurs juxtaposés ; dans ce dernier cas, ils se présentent sous la forme de petites tumeurs dures, lisses, uniformes. Dans le premier cas, au contraire, on sent, au palper, une tumeur rénitente, molle, fluctuante, se tendant par l'effort et présentant aussi, sous la même influence, une exagération de sa vascularisation. La tumeur, peu adhérente à la muqueuse, est, au contraire, intimement liée au plan profond ; on doit, pour le traitement, tenir compte de ce fait et donner la préférence à l'incision suivie de cautérisation. Parfois (observ. IV), la poche subit une transformation cartilagineuse, et alors la tumeur se présente sous la forme d'un noyau dur, indépendant de la peau et de la muqueuse.

On a signalé des trajets fistuleux s'ouvrant sur la lèvre ; ces trajets amenaient sur des tumeurs congénitales.

Pronostic. — Le pronostic est sans gravité; la tumeur, avant d'acquérir un grand volume, se vide d'elle-même; il est vrai qu'elle se reforme. Mais on en vient généralement à bout, sans même avoir de cicatrice visible, à l'aide d'opérations légères.

Diagnostic. — Le diagnostic est, en général, facile. La situation superficielle de la tumeur permet de l'explorer aisément. On ne confondra pas les kystes muqueux avec les kystes sébacés qui se développent du côté de la peau et sont formés par des follicules dilatés par la matière sébacée. On ne les confondra pas non plus avec l'hypertrophie des lèvres : ils sont, en général, peu considérables, multiples, et alors on sent, par la palpation, plusieurs tumeurs juxtaposées. Dans l'hypertrophie, la consistance est uniforme, c'est-à-dire sans saillies ni dépressions, plus dure, n'augmentant pas par l'effort. D'ailleurs, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes (Paul Dhoste).

La marche de la maladie permettrait de diagnostiquer un abcès froid; mais l'aspect de la tumeur, son indépendance, feront éviter l'erreur.

Un abcès dentaire (pour le cas où le kyste siégerait dans le sillon gingivo-labial, comme dans l'observation de M. Chalot) n'évolue pas de cette façon lente et insidieuse, et cela seul suffirait à le faire reconnaître.

L'angiôme pourrait facilement être confondu avec la grenouillette labiale; cependant la coloration bleuâtre de l'angiôme est différente de la couleur blanc-bleuâtre que prend quelquefois la muqueuse dans le cas de grenouillette, de plus, la marche de la maladie peut aider le diagnostic; enfin, en dernière ressource, on aurait la ponction exploratrice.

Les angiômes se révèlent parfois par la présence de petits kystes séreux superficiels, saillants à la surface de la muqueuse. Ces kystes

contiennent un liquide transparent; ce sont des lacunes du tissu caverneux siégeant dans les papilles et arrivant jusqu'à leur surface. Ponction exploratrice : le liquide obtenu doit être examiné, et si l'aspect physique peut suffire, l'examen chimique et microscopique, seul, permet de porter un diagnostic précis.

D'ailleurs, une erreur dans la plupart des cas que nous venons de citer n'aurait que peu d'importance; en particulier, dans le cas de kyste séreux, il est inutile d'essayer d'établir un diagnostic différentiel (il est bien entendu que nous nous plaçons au point de vue clinique), le traitement restant le même, qu'on ait affaire à un kyste séreux ou à un kyste muqueux. Quand la tumeur s'est indurée, comme dans le cas de Humphry, on peut la reconnaître à son siège, et aussi à ce signe qu'elle est absolument mobile entre la muqueuse et la peau Ce caractère lui étant commun avec d'autres tumeurs, en pareil cas on pourrait faire ce qu'a fait Humphry : enlever simplement la tumeur, sauf ensuite à établir le diagnostic.

Anatomie pathologique. — La grenouillette labiale ressemble à toutes les autres.

Située quelquefois sur la lèvre supérieure, plus souvent sur la lèvre inférieure, la tumeur varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noisette. Tantôt elle se rapproche du bord libre de la lèvre, tantôt elle est logée dans le sillon gingivo-labial.

La muqueuse qui la recouvre, amincie, devient transparente. Sa coloration, blanche ou bleuâtre, devient rose sur les bords.

La paroi de la poche est parfois le siège d'une transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse. Dans ce cas, la tumeur, au lieu de présenter sa rénitence habituelle, acquiert la dureté d'un fibrôme.

Le liquide kystique présente tous les caractères du mucus. Il est visqueux, filant, le plus souvent incolore; il contient de rares cellules épithéliales déformées.

Traitement. — Quel est le traitement qui convient le mieux aux kystes muqueux de la lèvre?

Boyer est partisan de l'extirpation totale : « On fait une incision » demi-circulaire à la base de la tumeur, du côté du bord libre de la » lèvre; on soulève, par la dissection, la portion de la membrane mu- » queuse qui couvre la tumeur; on saisit celle-ci avec une érigne et » on la sépare, avec le bistouri, des parties auxquelles elle adhère » encore par sa face antérieure. »

Bouisson, qui trouve, avec raison, que la ponction et l'incision sont insuffisantes, repousse aussi l'excision totale, au moins dans la plupart des cas. L'excision totale entraîne une dissection lente et laborieuse, à cause des adhérences du kyste au plan profond. Cette méthode ne convient qu'au cas où les parois épaisses et indurées s'opposeraient à ce que l'oblitération put se faire facilement. C'est celle qui a été adoptée dans l'observation IV.

Bouisson a réussi à guérir un kyste de la lèvre « en faisant suivre une large incision d'un lavage de la cavité kystique et d'un badigeonnage intérieur avec un pinceau fortement imbibé de teinture d'iode pure. »

Dans les observations I et III, le traitement a consisté dans l'incision suivie de cautérisation au nitrate d'argent. Ce traitement, qui convient à la presque totalité des cas, donne des résultats rapides et excellents.

Nous accepterons donc les conclusions que formule M. Bimar à la suite de son observation (Obs. n° I) :

« Je crois que la méthode de traitement consistant dans l'incision » suivie de la cautérisation doit être appliquée, avec chances de succès, » aux kystes muqueux de la lèvre de grosseur moyenne. Lorsqu'ils sont » plus volumineux, une ponction à l'aide d'un trois-quarts fin, suivie » d'une injection irritante, me paraît parfaitement indiquée. Quant à » l'excision partielle ou totale de la tumeur, elle doit être réservée pour » les kystes à parois épaisses et indurées, ou comme moyen extrême » lorsque les autres opérations ont échoué. »

Nous pensons, en outre, qu'il vaut mieux faire une incision perpendiculaire au bord libre des lèvres ; on obtient ainsi une cicatrice qui se confond avec les plis de la lèvre et n'a, par conséquent, aucun inconvénient pour l'opéré.

CHAPITRE IV

DES GRENOUILLETTES EN GÉNÉRAL

Nous venons de décrire les grenouillettes du vestibule de la bouche ; nous devons maintenant faire ressortir leur analogie avec les grenouillettes ordinaires. Ce parallèle fera l'objet de notre dernier chapitre et sera notre conclusion.

Histologie. — Les glandules géniennes et labiales ont la même structure et se composent d'un certain nombre de lobules glandulaires et d'un canal excréteur ramifié. Dans les glandules les plus simples, les lobules sont peu nombreux, allongés ou piriformes, quelquefois arrondis ou aplatis ; ils ont de 1 mm à 1 mm 5 de longueur ; de 0 mm 5 à 1 mm de largeur ; quelquefois les diamètres sont égaux. Chacun de ces lobules repose sur un rameau du canal excréteur. Les lobules se composent d'un certain nombre de conduits tortueux et garnis d'une foule de dépressions en cul-de-sac, simples ou composées, qui semblent être la continuation directe des canaux excréteurs des lobules ; ces canaux, à peine entrés dans les lobules, se divisent en un certain nombre de branches, le plus souvent sans diminuer de diamètre. Les prétendus acini ne sont autre chose que les petits cœcums et les extrémités de ces conduits, dernières ramifications des conduits excréteurs (Kolliker).

Les plus fins canaux et les acini sont constitués : 1° par une

membrane propre, homogène, transparente, résistante, en sorte que les culs-de-sac se laissent facilement isoler. Cette paroi, qui présente quatre à cinq millièmes de millimètre d'épaisseur, ne renferme jamais de noyaux ; 2° par une couche continue de cellules épithéliales polyédriques, transparentes, pouvant se détacher facilement et former alors, à l'intérieur, une masse grenue. Ces cellules ont un petit noyau logé tout à fait au fond de l'élément, à la base d'une sorte de prolongement qui semble s'engager sous les cellules voisines ; 3° par une seconde couche de cellules signalée pour la première fois par Schlüter et Gianuzzi ; ces cellules, appliquées contre la paroi propre des culs-de-sac, se présentent sur la coupe de ceux-ci en amas ayant la forme de demi-lunes : aussi leur a-t-on donné le nom de lunules. Ces lunules, qui résultent de la juxtaposition de cellules, paraissent être des cellules jeunes, encore indivises et destinées à la reproduction des cellules superficielles.

Entre les culs-de-sac est interposé du tissu lamineux, dans lequel cheminent les vaisseaux. De plus, les lobules et la glande tout entière sont entourés d'une enveloppe plus dense de tissu conjonctif entremêlé de fibrilles élastiques. Au milieu de ce tissu lamineux, se trouvent des éléments désignés par Waldeyer sous le nom de *plasma-zellen*, *cellules protoplasmiques*, qui diffèrent des cellules fibro-plastiques par la propriété qu'ils ont de fixer énergiquement le violet de dahlia.

Dans les glandes volumineuses (de la lèvre, par exemple), plusieurs lobules s'entourent de tissu conjonctif et forment ainsi des lobules secondaires.

Les conduits excréteurs des lobules présentent une tunique conjonctive, renfermant des réseaux de fibres élastiques parallèles à l'axe du canal et tapissée d'un épithélium cylindrique.

Chaque acinus possède un système sanguin indépendant. Les filets nerveux qui arrivent aux glandes salivaires se distinguent en fibres de Remak, destinées aux vaisseaux, et en tubes à myéline désignés sous le nom de *nerfs glandulaires*.

« Les glandes salivaires (sublinguale, etc) présentent dans leur

» structure une si grande analogie avec les glandes muqueuses en » grappes, qu'il serait superflu d'en donner une description détaillée. » Ce sont des glandes en grappe composées qui peuvent être considé- » rées comme un agrégat de nombreuses glandes muqueuses. Les » lobules de premier et de second ordre correspondent, ceux-ci à des » glandes muqueuses entières, ceux-là aux divers lobules de ces » glandes. Les lobules de second ordre, à leur tour, se réunissent pour » former un certain nombre de segments plus importants, dont l'en- » semble constitue la glande. » (Kolliker, *Éléments d'histologie humaine.*) Certains observateurs, Heidenhain, Lavdowsky, ont voulu expliquer les différentes espèces de salive par la présence, dans les diverses glandes, de telle ou telle variété de cellules : glandes muqueuses et séreuses (Lavdowsky).

« Bien qu'on trouve, en effet, quelques différences de structure » parmi les glandes salivaires, néanmoins ces différences ne nous pa- » raissent pas tellement accusées qu'on ne puisse les faire rentrer dans » une description commune. » (Pouchet et Tourneux, *Précis d'histologie humaine.*) Le liquide des glandules salivaires ressemble surtout à celui de la glande sublinguale. Il est très visqueux et fortement alcalin, et contient une forte proportion de mucine.

Anatomie pathologique. — Les grenouillettes se développent aux dépens des lobules glandulaires, soit que l'orifice excréteur de la glande soit oblitéré, soit que le conduit soit rétréci, soit enfin que le liquide modifié acquière une viscosité exagérée. Ce dernier mode de formation est expliqué par l'observation de M. Tédenat, dans laquelle, après une ponction faite avec une grosse aiguille de Pravaz, le liquide s'écoulait très difficilement, malgré le calibre assez volumineux de l'aiguille. Toutes les grenouillettes, quel que soit leur mode de formation, se distinguent par la variabilité de leur volume et la lenteur de leur accroissement et aussi par l'absence de douleur et de phénomènes inflammatoires.

La poche d'un kyste salivaire présente une surface interne, lisse, qui offre plutôt l'aspect d'une séreuse que celui d'une muqueuse. L'épaisseur de la paroi peut atteindre 1 millimètre.

Si on fait une coupe de la paroi du kyste, voici ce qu'on observe :

1° Un épithélium très épais formé par douze ou quinze couches de cellules superposées : les couches superficielles sont formées de cellules déformées, aplaties; dans les couches les plus profondes, au contraire, les cellules sont très nettes, un peu moins tassées et affectent la forme cylindrique ;

2° Dans l'épaisseur de la paroi on trouve des cavités de volume très variable, tapissées par un épithélium cylindrique sans communication avec la face interne de la paroi, autrement dit avec l'intérieur du kyste ; les cavités paraissent être ainsi augmentées de volume, dilatées et remplies de liquide. Ce sont de vraies grenouillettes en miniature. (Bazy, Société anatomique, 1883.) Entre les diverses couches d'épithélium, on trouve une couche épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètres, composée de matière amorphe et de corps fusiformes fibro-plastiques. Enfin, en dehors, se trouve une couche de fibres de tissu lamineux, non disposées en faisceaux, très élégamment entrecroisées, un peu onduleuses et parcourues par de nombreux capillaires. A la face profonde de cette couche, existent de nombreuses fibres élastiques.

Cette structure dérive, pour ainsi dire, de la structure des lobules ou conduits glandulaires, comme on peut le voir en comparant nos deux descriptions histologique et anatomo-pathologique.

Le contenu de la poche est visqueux, filant, incolore ou brunâtre, coagulable par la chaleur ou l'acide nitrique. Ce liquide diffère de la salive par l'absence de sulfocyanure de potassium, et la présence de mucine.

Etiologie. — Il ressort de ce que nous avons dit, à propos de chaque grenouillette en particulier, que, si l'on a quelques soupçons sur les causes qui produisent la grenouillette, on ne peut pas affirmer,

d'une façon absolue, que ces causes sont bien réelles. L'étiologie reste obscure.

Symptomatologie. — La symptomatologie reste la même dans toutes les grenouillettes :

Tumeur de volume très variable, pouvant s'ouvrir spontanément, mais se reformant ensuite et n'ayant pas de tendance à guérir d'elle-même. Son siège varie, naturellement, avec celui de la glande qu'elle intéresse. Elle soulève la muqueuse qui peut ne pas subir de modifications, mais qui, souvent, devient transparente et voit sa vascularisation augmenter ; cette vascularisation apparaît nettement pendant l'effort, qui tend aussi la tumeur d'ordinaire molle et fluctuante. L'évolution de la maladie est toujours lente. On n'observe jamais de douleur ; et les malades ne sont amenés chez le médecin que par la gêne et la difformité que leur procure la tumeur.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave dans aucun cas ; la tumeur se vide souvent d'elle-même avant de provoquer des accidents ; en tous cas le traitement la fait disparaître rapidement.

Diagnostic. — La grenouillette peut être confondue avec les tumeurs à marche insidieuse : parmi ces tumeurs, les angiômes, les lipômes, les kystes séreux, les abcès froids sont celles dont le diagnostic est le moins aisé.

L'examen attentif de la tumeur évitera les erreurs : la marche de la maladie, le siège, l'irréductibilité, l'aspect et, en dernier lieu, la ponction exploratrice et l'analyse du liquide qu'elle procure, suffiront à reconnaître les kystes salivaires.

Traitement. — Nous avons à peine parlé du traitement à propos de chaque variété de grenouillette, nous réservant d'y revenir dans ce chapitre.

Nous allons donc exposer les nombreuses méthodes qui ont été employées :

Dilatation des conduits excréteurs : ce procédé qui, d'ailleurs, n'a jamais donné de brillants résultats, était employé par Louis et Boyer ; praticable pour les tumeurs des grandes glandes salivaires, telles que la parotide et la sous-maxillaire, il serait absolument impossible à suivre dans les kystes des glandules muqueuses.

Ponction : La ponction, fréquemment employée autrefois, a l'inconvénient d'amener quelquefois l'inflammation et la suppuration de la poche kystique, comme on le voit dans une observation de J.-L. Petit. De plus, elle n'amène pas la guérison, mais seulement un soulagement passager, comme dans les cas où la tumeur se vide d'elle-même, l'ouverture se ferme rapidement et la tumeur reparaît bientôt. Ce procédé a été conservé, mais comme moyen d'exploration : on retire le liquide à l'aide d'une aiguille ou d'un trois-quarts fin.

Incision. — L'incision simple est également insuffisante : les plaies de la muqueuse buccale ayant une grande tendance à se cicatriser, on est exposé aux récidives. Cependant, Louis déclare que, dans le cas où l'incision était assez grande pour permettre l'affaissement des bords de la plaie, il n'a point vu reparaître la tumeur. A. Paré pratiquait l'incision au fer rouge afin d'empêcher la plaie de se fermer trop rapidement.

Excision. — Est rarement employée seule ; elle a pourtant donné quelques guérisons : on doit la faire largement et bourrer la poche de charpie ou de lint.

Extirpation. — Procédé de choix, l'extirpation doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est possible. On circonscrit la tumeur par une incision demi-circulaire et on la dissèque en entier, en ayant soin de ne pas l'ouvrir ; c'est, au moins, ce que recommande Boyer avec quelque raison, semble-t-il, car, si la tumeur est affaissée, la dissec-

tion en doit être bien plus laborieuse. L'extirpation faite, on peut tenter la réunion immédiate de la plaie : c'est ce qu'a fait M. Tédenat dans le cas de grenouillette génienne qu'il nous a communiqué.

L'extirpation est indiquée dans les kystes des glandes molaires, quand on se décide à attaquer la tumeur par la partie externe ; dans les kystes labiaux, quand les parois se sont indurées (comme dans le cas de Humphry), ou quand les autres moyens de traitement ont échoué.

Bouton de chemise. — Dupuytren, qui a imaginé ce procédé, introduisait, dans une ouverture préalablement pratiquée, un vrai bouton de chemise, évidé dans une partie de sa tige : le liquide s'écoulait entre les bords de la plaie et la tige. Le bouton était difficilement maintenu en place et les malades le supportaient parfois malaisément. Cette méthode est abandonnée.

Séton. — Basée sur le même principe que le bouton de chemise (entretenir l'écoulement constant de la salive), cette méthode, imaginée par Physick, consiste à traverser la poche avec un séton filiforme ou un petit drain. Le traitement est très long et les malades ont le désagrément d'avoir, pendant des mois, un séton dans la bouche. Méthode abandonnée.

Section lente. — Verneuil a employé un procédé qui réunit le séton à l'excision : ce procédé consiste à passer à travers la tumeur une aiguille courbe, armée d'un fil élastique double. Chacun des fils est noué sur le côté correspondant de la tumeur, et on obtient ainsi, au bout de peu de temps, une section des parties étranglées, avec large perte de substance.

Autoplastie. — L'autoplastie, dans la grenouillette, a été pratiquée, pour la première fois, par Jobert de Lamballe (Batrachosioplastie) : cette méthode consiste à inciser la tumeur et à fixer les bords

de l'incision à la muqueuse préalablement excisée. Ricord et Barrier ont modifié cette opération, sans réussir à la vulgariser.

Cautérisation. — La cautérisation n'est pas employée seule, et elle doit être précédée d'une ponction ou d'une incision.

1° La ponction suivie d'injection iodée a été mise en pratique par Velpeau. Mais elle ne met pas à l'abri des récidives ; Nélaton explique les insuccès qui résultent de l'emploi de cette méthode par ce fait que, le mucus contenant de l'albumine, il se forme de l'iodo-albumine qui enduit la paroi kystique et prévient l'action irritante de la teinture d'iode. Denonvilliers injectait du vin chaud au lieu de teinture d'iode. On a, dans ces dernières années, fortement préconisé les injections de chlorure de zinc : on injecte quelques gouttes de ce liquide dans la tumeur, sans l'avoir vidée. Ce traitement aurait produit de merveilleux résultats. Il est vrai qu'il compte aussi des insuccès.

2° L'incision suivie de lavages, puis d'un badigeonnage à la teinture d'iode pure, a donné de bons résultats à Bouisson, dans un cas de kyste de la lèvre.

3° *Excision suivie de cautérisation.* — C'est la méthode de Gosselin, la meilleure après l'extirpation ; voici comment on doit l'utiliser : saisir la tumeur avec un ténaculum et sectionner la poche au-dessous de cet instrument. Promener le crayon de nitrate d'argent sur ce qui reste de la paroi. Renouveler les cautérisations le lendemain et le surlendemain, en ayant soin de rouvrir la plaie, au cas où elle se serait fermée. Puis, répéter les mêmes manœuvres tous les deux jours. En général, l'inflammation est modérée et on voit rarement le pus ; mais on aperçoit chaque jour la surface granuleuse provoquée par la cautérisation.

Cette méthode est excellente et peut être employée dans tous les cas où l'extirpation n'est pas pratiquée ; elle peut même, dans la presque totalité des cas, remplacer cette autre méthode.

Tout autre caustique que le nitrate d'argent pourrait être employé : perchlorure de fer, chlorure de zinc, etc.

CONCLUSIONS

Les kystes des glandules salivaires sont absolument identiques à ceux des grandes glandes extrapariétales.

Ce fait s'explique par l'unité de structure de toutes ces glandes. La marche de la maladie est la même pour tous les kystes salivaires ; l'étiologie est douteuse et il serait à désirer que les observateurs prissent exactement note des conditions dans lesquelles s'est montrée la tumeur.

Ces tumeurs n'ont pas de retentissement sur l'état général du malade, et leur guérison est facile, à condition qu'on ait recours d'emblée aux deux traitements que nous avons désignés comme les seuls toujours efficaces : l'extirpation et l'excision suivie de cautérisation.

On doit réunir sous le nom de grenouillettes tous les kystes salivaires et éliminer de cette classe toutes les autres tumeurs.

Vu et approuvé :
Le doyen,
CASTAN.

Vu :
Le président-censeur,
DUBRUEIL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie, correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT

—

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !